EmblemHealth

Duración de la póliza: Comienzo en o después del 01/01/2021

Resumen de beneficios y cobertura: Lo que cubre el plan y lo que usted paga para servicios cubiertos

EmblemHealth: EmblemHealth Silver Premier-P **Cobertura de:** Individuo/Familia **Tipo de plan:** HMO

El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a seleccionar un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado la prima) será proporcionada por separado. Éste es solo un resumen. Si desea más información sobre la cobertura o para una copia completa de los términos de la cobertura, llame al 1-800-447-8255. Para obtener definiciones generales de los términos comunes, como cantidad permitida, facturación de saldos, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario en www.emblemhealth.com o llame al 1-800-447-8255 y pida una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	¿Por qué es importante?
¿Qué es el deducible general?	$3,600 Individual / $7,200 Familiar proveedores dentro de la red. No se aplica a la atención preventiva.	Generalmente usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que el plan comience a pagar. Si usted tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe satisfacer su propio deducible individual hasta que la cantidad total de gastos de deducibles pagada por todos los familiares satisfaga el deducible total de la familia.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted satisfaga su deducible?	Sí. Se cubren visitas al consultorio para atención primaria, servicios preventivos, cuidado prenatal, telemedicina y acupuntura antes que satisfaga su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si usted no ha satisfecho la cantidad del deducible. Pero puede aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin participación en los costos y antes de que usted satisfaga su deducible. Vea una lista de los servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. Medicamento con receta: $0	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta el importe deducible específico antes de que este plan comience a pagar estos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Para los proveedores dentro de la red $7,800 Individual / $15,600 Familiar	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si usted tiene otros familiares en el plan, cada familiar debe satisfacer sus propios límites de gastos de bolsillo hasta que la cantidad total de gastos de deducibles pagada por todos los familiares satisfaga los límites de gastos de bolsillo total de la familia.
¿Cuáles gastos no se incluyen en el límite de bolsillo?	Primas, multas, cargos por saldos de facturación y servicios médicos que este plan no cubre.	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el **límite de gastos del bolsillo**.
¿Usted pagará menos si usa proveedores de la red?	Sí. Visite www.EmblemHealth.com o llame al 1-800-447-8255 para obtener una lista de los proveedores de la red.	Este plan usa una red de proveedores. Usted pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Usted pagará la mayor cantidad si usa proveedores fuera de la red y podría recibir una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldos). **Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como pruebas de laboratorio). Averigüe con su proveedor antes de recibir los servicios.**
¿Necesito un referido para ver un especialista?	No.	Puede ver al especialista que elija sin un referido.

Todos los costos de **copagos** y **coseguro** indicados en este cuadro son después de que haya satisfecho su **deducible,** si uno corresponde.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		*Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará menos)	Proveedores no participantes (Usted pagará más)	
Si se atiende en la clínica o consultorio del proveedor médico	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Primeras 3 visitas, Sin cargo. De allí en adelante, $35 de copago por visita no sujeta al deducible	No cubierto	La visita de atención primaria no está sujeta al deducible del Plan.
	Visita al especialista	$65 de copago por visita no sujeta al deducible	No cubierto	La visita al especialista no está sujeta al deducible del Plan.
	Servicios preventivos/ evaluaciones/vacunas	Sin cargo	No cubierto	Usted puede tener que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que se necesitan son preventivos. Después averigüe lo que su plan pagará.
Si tiene que hacerse un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Laboratorio: $35/$65 de copago por visita no sujeta al deducible Radiografías: Después que se satisfaga el deducible, $35/$65 de copago por visita	No cubierto	Se requiere aprobación previa para pruebas diagnósticas ambulatorias y procedimientos de laboratorio. Si no se obtiene la aprobación previa o la derivación, se rechazará el pago o se reducirá el pago.
	Imágenes (CT/PET scan, MRI)	Después que se satisfaga el deducible del Plan, $65 de copago por visita	No cubierto	Se requiere autorización previa. Si no obtiene un referido se le negará el pago o se le pagará un importe menor.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		*Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará menos)	Proveedores no participantes (Usted pagará más)	
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición Para más información sobre la **cobertura de medicamentos** visite www.EmblemHealth.com.	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	Minorista: $0 de copago/ suministro de 30 días Pedido por correo: $0 de copago/suministro de 90 días	No cubierto	Si tiene una afección de emergencia, no se requiere autorización previa para un medicamento con receta cubierto usado para tratar un trastorno del abuso de sustancias, incluido un medicamento con receta para manejar los síntomas de abstinencia y/o la estabilización de opioides y para la inversión de sobredosis de opioides. Se aplican cargos adicionales, según su Contrato de miembro. Su costo puede ser mayor si selecciona un medicamento de marca cuando hay un medicamento genérico disponible. Este plan tiene una red de farmacias preferidas que excluye CVS.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	Minorista: $40 de copago/ suministro de 30 días Pedido por correo: $100 de copago/suministro de 90 días	No cubierto	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	Minorista: $80 de copago/ suministro de 30 días Pedido por correo: $200 de copago/suministro de 90 días	No cubierto	
	Medicamentos especiales	Nivel 1: $0 de copago/ suministro de 30 días Nivel 2: $40 de copago/ suministro de 30 días Nivel 3: $80 de copago/ suministro de 30 días	No cubierto	Debe despacharse en una farmacia especial. Se requiere referido por escrito.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		*Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará menos)	Proveedores no participantes (Usted pagará más)	
Si le hacen una cirugía ambulatoria	Arancel del centro (por ej., centro de cirugía ambulatorio)	Después que se satisfaga el deducible del Plan, $350 de copago por visita	No cubierto	Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago.
	Tarifa del médico/cirujano	Después que se satisfaga el deducible del Plan, $350 de copago por visita	No cubierto	Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago.
Si necesita atención inmediata	Servicios de la sala de emergencias	Después que se satisfaga el deducible del Plan, 40% de coseguro	Después que se satisfaga el deducible del Plan, 40% de coseguro	Eximido si se admite.
	Traslado médico de emergencia	Después que se satisfaga el deducible del Plan, $350 de copago por visita	Después que se satisfaga el deducible del Plan, $350 de copago por visita	-----Ninguna-----
	Cuidado urgente	$75 de copago por visita no sujeta al deducible	No cubierto	Cuidado urgente no sujeta al deducible del Plan. Solamente dentro de la red.
Si lo admiten al hospital	Arancel del hospital (habitación)	Después que se satisfaga el deducible del Plan, 40% de coseguro por admisión	No cubierto	Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago. Sin embargo, no se requiere la aprobación previa para las internaciones de emergencia.
	Tarifa del médico/cirujano	Después que se satisfaga el deducible del Plan, $350 de copago por visita	No cubierto	Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		*Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará menos)	Proveedores no participantes (Usted pagará más)	
Si tiene problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	$35 de copago por visita no sujeta al deducible	No cubierto	Visitas ilimitadas. Para el cuidado de abuso de sustancias, se pueden usar hasta veinte (20) visitas por año del plan para consejería familiar.
	Servicios de pacientes internados	Después que se satisfaga el deducible del Plan, 40% de coseguro por admisión	No cubierto	Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago. Sin embargo, no se requiere la aprobación previa para las internaciones de emergencia.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No cubierto	La atención prenatal no proporcionada de acuerdo con las pautas integrales respaldadas por USPSTF y HRSA usará la participación en los costos para el servicio apropiado.
	Cuidados prenatales y post parto	Después que se satisfaga el deducible del Plan, $350 de copago por visita	No cubierto	La atención de maternidad puede incluir las pruebas y los servicios descritos en otras partes del SBC (es decir, ultrasonido). Dependiendo del tipo de servicio, puede aplicarse un copago, coseguro o deducible.
	Parto y todos los servicios de internación	Después que se satisfaga el deducible del Plan, 40% de coseguro por admisión	No cubierto	Limitado a 48 horas para parto natural y a 96 horas para parto por Cesárea. Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago.

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		*Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará menos)	Proveedores no participantes (Usted pagará más)	
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales	Cuidado de la salud en el hogar	Después que se satisfaga el deducible del Plan, $65 de copago por visita	No cubierto	40 visitas por año del plan. Las infusiones en el hogar cuentan para los límites de visitas del cuidado de la salud en el hogar. Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago.
	Servicios de rehabilitación	Después que se satisfaga el deducible del Plan, Paciente ambulatorio: $35/$65 por visita Paciente internado: 40% de coseguro por admisión	No cubierto	Paciente Internado: 60 días por año del plan, terapias combinadas. Paciente Ambulatorio: 60 visitas combinadas por condición por año del plan, terapias combinadas. La terapia del habla y la fisioterapia solo están cubiertas después de una hospitalización o cirugía. Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago.
	Servicios de recuperación de las habilidades	Después que se satisfaga el deducible del Plan, Paciente ambulatorio: $35/$65 por visita Paciente internado: 40% de coseguro por admisión	No cubierto	

Eventos médicos comunes	Los servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		*Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedores participantes (Usted pagará menos)	Proveedores no participantes (Usted pagará más)	
Si necesita servicios de recuperación u otras necesidades especiales (continuación)	Cuidado de enfermería especializado	Después que se satisfaga el deducible del Plan, 40% de coseguro por admisión	No cubierto	Limitada a 200 días por año del plan. Se requiere la autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago.
	Equipo médico duradero	Después que se satisfaga el deducible del Plan, 30% de coseguro	No cubierto	Un (1) dispositivo protésico externo por extremidad por vida. No cubre ortóticos. Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago.
	Cuidado de hospicio	Después que se satisfaga el deducible del Plan, Paciente ambulatorio: $65 por visita Paciente internado: 40% de coseguro	No cubierto	Limitada a 210 días por año del plan. Cinco (5) visitas para consejería de luto familiar. Se requiere autorización previa. La falta de obtener aprobación previa resultará en una negación o una reducción del pago.
Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para los niños	Sin cargo	No cubierto	Examen de la vista para los niños no sujeto a los deducibles del Plan. Un (1) examen por periodo de 12 meses.
	Anteojos para los niños	30% de coseguro no sujetos al deducible	No cubierto	Anteojos para los niños no sujetos a los deducibles del Plan. Un (1) par de lentes graduados y armaduras por período de 12 meses.
	Consulta dental para los niños	$35 de copago por visita no sujeta al deducible	No cubierto	Consulta dental para los niños no sujeta al deducible. Un (1) examen dental y limpieza por período de seis meses. Radiografía completa de la boca o radiografía panorámica a intervalos de 36 meses y radiografías de la aleta de mordedura a intervalos de 6 meses.

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Los servicios que su plan generalmente NO cubre. (Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan y póliza para otros servicios excluidos.)		
• Cirugía cosmética	• Cuidado de largo plazo • La mayoría de la cobertura proporcionada fuera de Estados Unidos • Atención no de emergencia al viajar fuera de EE. UU.	• Enfermera privada • Cuidado de rutina de los pies • Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos. (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor vea el documento de su plan.)		
• Acupuntura • Cirugía bariátrica (se requiere autorización previa) • Cuidado quiropráctico • Cuidado dental	• Audífonos (se requiere autorización previa) • Tratamiento de infecundidad (se requiere autorización previa)	• Cuidado de rutina de los ojos

Su derecho para continuar con la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si usted desea continuar su cobertura después que termine. La información de contacto para esas agencias es: Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York al 1-800-342-3736 o www.dfs.ny.gov/, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. al 1-877-267-2323 x1565 o www.cciio.cms.gov, Administración de Seguridad de los Beneficios de Empleados del Departamento de Trabajo de EE.UU. al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/contactEBSA/consumerassistance.html o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Usted puede tener otras opciones disponibles incluyendo la compra de cobertura de seguro individual o SHOP a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596 o al Mercado NY State of Health al 1-855-355-5777 o www.nystateofhealth.ny.gov.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay agencias que pueden ayudarle si usted tiene una queja contra su plan debido a un rechazo de una reclamación. Esta queja se llama agravio o apelación. Para más información sobre su derecho, vea la explicación de beneficios que usted recibirá para esa reclamación médica. Sus documentos del plan también proporcionan información completa para presentar a su plan una reclamación, apelación o agravio por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, esta notificación o ayuda, comuníquese con:

EmblemHealth **Por teléfono:** Por favor llame al número indicado en su tarjeta de identificación. **Por escrito**: EmblemHealth Grievance and Appeals Department P.O. Box 2801 New York, NY 10116-2807 Sitio Web: www.emblemhealth.com **Para cobertura HMO** **Departamento de Salud del Estado de Nueva York** **Por teléfono:** 1-800-206-8125 **Por escrito:** New York State Department of Health Office of Health Insurance Programs Bureau of Consumer Services – Complaint Unit Corning Tower – OCP Room 1607 Albany, NY 12237 Email: managedcarecomplaint@health.ny.gov Sitio Web: www.health.ny.gov	**Para todos los tipos de cobertura** **New York State Department of Financial Services** **Por teléfono**: 1-800-342-3736 **Por escrito:** New York State Department of Financial Services Consumer Assistance Unit One Commerce Plaza Albany, NY 12257 Sitio Web: www.dfs.ny.gov **Programa de Asistencia al Consumidor** **New York State Consumer Assistance Program** **Por teléfono:** 1-888-614-5400 **Por escrito:** Community Health Advocates 633 Third Avenue, 10th Floor New York, NY 10017 Email: cha@cssny.org Sitio Web: www.communityhealthadvocates.org **Para cobertura de grupo:** **U.S. Department of Labor** **Employee Benefits Security Administration** al 1-866-444-EBSA (3272) Sitio Web: www.dol.gov/ebsa/healthreform

¿Provee cobertura esencial mínima esta cobertura? Sí

Si usted no tiene Cobertura Esencial Mínima para un mes, tendrá que hacer un pago cuando presente su declaración de impuestos, salvo que califique para una exención del requisito de que usted tenga cobertura de salud para ese mes.

¿Satisface esta cobertura el estándar de valor mínimo? Sí

Si su plan no satisface el Estándar de Valor Mínimo usted puede ser elegible para un crédito de impuestos de prima para ayudar a pagar por un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-447-8255

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-447-8255

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-447-8255

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-447-8255

Para ejemplos sobre cómo este plan paga por los servicios en una situación médica específica consulte la página siguiente.

Ésta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos indicados solo son ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que reciba, los precios que cobran sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los importes de participación en los costos (deducibles, copagos y coseguro) así como los servicios excluídos bajo el plan. Use esta información para comparar la porción de los costos que usted pudiera pagar bajo diferentes planes médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en hospital)

- **El deducible general del plan** $3,600
- **Especialista (participación en los costos)** $65
- **Hospital (centro) participación en los costos** $0
- **Otra participación en los costos**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:
Visitas a consultorios de especialistas (atención prenatal)
Alumbramiento/Servicios Profesionales del Parto
Servicios de Centro de Alumbramiento/Parto
Pruebas de diagnóstico (ultrasonidos y análisis de sangre) Visita de especialista (anestesia)

Costo total del Ejemplo	$12,800

En el ejemplo, Peg pagaría:

Participación en los costos	
Deducibles	$3,600
Copagos	$900
Coseguro	$4,541
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	$7,860

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

- **El deducible general del plan** $3,600
- **Especialista (participación en los costos)** $65
- **Hospital (centro) participación en los costos** $0
- **Otra participación en los costos**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:
Visitas al consultorio del médico primario (incluye educación sobre enfermedades)
Exámenes de diagnóstico (análisis de sangre)
Medicamentos con receta
Equipos médicos duraderos (medidor de glucosa)

Costo total del Ejemplo	$7,400

En el ejemplo, Joe pagaría:

Participación en los costos	
Deducibles	$3,600
Copagos	$2,260
Coseguro	$518
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	$55
El total que Joe pagaría es	$4,043

Fractura simple de Mia
(visita a sala de emergencia dentro de la red y atención de seguimiento)

- **El deducible general del plan** $3,600
- **Especialista (participación en los costos)** $65
- **Hospital (centro) participación en los costos** $0
- **Otra participación en los costos** $0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios tales como:
Atención en sala de emergencia (incluyendo suministros médicos)
Exámenes de diagnóstico (radiografías)
Equipos médicos duraderos (muletas)
Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Costo total del Ejemplo	$1,900

En el ejemplo, Mia pagaría:

Participación en los costos	
Deducibles	$3,600
Copagos	$1,945
Coseguro	$26
Qué no está cubierto	
Límites o exclusiones	
El total que Mia pagaría es	$2,334

El **plan** sería responsable para los otros costos de este EJEMPLO de servicios cubiertos.

EmblemHealth

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

Español (Spanish)
ATENCIÓN: Usted tiene a su disposición, gratis, servicios de ayuda para idiomas. Llame al **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

中文 (Traditional Chinese)
注意：我們免費提供相關的語言協助服務。請致電 **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**)。

Русский (Russian)
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика. Звоните по тел. **1-877-411-3625** (служба текстового телефона TTY/TDD: **711**).

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)
ATANSYÒN: Gen sèvis èd nan lang gratis ki disponib pou ou. Rele nimewo **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

한국어 (Korean)
주의: 귀하에게 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-877-411-3625**(TTY/TDD: **711**)번으로 전화하십시오.

Italiano (Italian)
ATTENZIONE: sono disponibili servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiami il numero **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

אידיש (Yiddish)
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס, אהן קיין פרייז, זיינען דא צו באקומען פאר אייך. רופט **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

বাংলা (Bengali)
মনোযোগ দিন: ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি আপনার জন্য বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে। **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**) নম্বরে ফোন করুন।

Polski (Polish)
UWAGA: dostępna jest bezpłatna pomoc językowa. Prosimy zadzwonić pod numer **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

العربية (Arabic)
يرجى الانتباه: تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانا، اتصل على الرقم **1-877-411-3625** أو (TTY/TDD: **711**).

Français (French)
ATTENTION : une assistance d'interprétation gratuite est à votre disposition. Veuillez composer le **1-877-411-3625** (TTY/TDD : **711**).

Health Insurance Plan of Greater New York (HIP), EmblemHealth Insurance Company, EmblemHealth Plan, Inc. and EmblemHealth Services Company, LLC are EmblemHealth companies. EmblemHealth Services Company, LLC provides administrative services to the EmblemHealth companies.

10-9127 6/18

اردو (Urdu)
وجہ دیں: آپ کے لیے زبان سے متعلق اعانت کی خدمات، مفت دستیاب ہیں۔ **1-877- 411-3625** (TTY/TDD: **711**) پر کال کریں۔

Tagalog (Tagalog)
NANANAWAGAN NG PANSIN: Mayroon kang magagamit na mga serbisyo para sa tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

Ελληνικά (Greek)
ΠΡΟΣΟΧΗ: Διατίθενται για σας υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας, δωρεάν. Καλέστε το **1-877-411-3625** (για άτομα με προβλήματα ακοής (TTY/TDD): **711**).

Shqip (Albanian)
VINI RE: Shërbime ndihmore për gjuhën, falas, janë në dispozicionin tuaj. Telefononi në **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

AVISO DE LA POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN

EmblemHealth cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. EmblemHealth no excluye a personas ni las tratas de forma diferente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

EmblemHealth:

- Proporciona asistencia y servicios gratis a las personas con discapacidades para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes de lenguaje por señas calificados
  - Información por escrito en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratis a personas cuyo idioma primario no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, por favor llame al número de teléfono indicado como "servicio al cliente" en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro. **1-877-411-3625** (TTY/TDD: **711**).

Si usted considera que EmblemHealth no ha proporcionado estos servicios o que ha discriminado de otro modo por motivo de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja al Departamento de Quejas y Apelaciones de EmblemHealth, PO Box 2844, New York, NY 10116, o puede llamar al servicio al cliente al **1-877-411-3625**. (Marque 711 para servicios de TTY/TDD.) Usted puede presentar una queja en persona, por correo o por teléfono. Si usted necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Quejas y Apelaciones de EmblemHealth está disponible para ayudarle. Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento Federal de Servicios de Salud y Humanos, Oficina de Derechos Civiles, por Internet a través del Portal de Quejas de Derechos Civiles, disponible en **ocrportal.hhs.gov/ ocr/portal/lobby.jsf** o por correo o teléfono al **Departamento Federal de Servicios de Salud y Humanos, (U.S. Department of Health and Human Services), 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201; 1-800-368-1019,** (marque 1-800-537-7697 para servicios de TTY).

Los formularios de quejas están disponibles en **hhs.gov/ocr/office/file/index.html.**